

Умеренная ПЭ встречалась у 12,5% беременных с АГ. В наиболее ранние сроки беременности – 35(33;37) недель – повышалось АД при ХАГ.

Для беременных с гипертензией было характерно: возраст старше 31 года, наличие сопутствующей патологии – МАС, НЖО и миомы матки, которые развивались в 4-6 раз чаще, чем в контрольной группе ($p<0,05$).

Если при ХАГ беременность, как правило удавалось пролонгировать до доношенного срока (на 2-4 недели), при ПЭ 50% пациенток были родоразрешены в течение первых 3 суток после поступления в стационар, что сопровождалось неблагоприятными исходами для плода: заболеваемость новорожденных составила 33,3%; 28,6% детей были переведены в детскую больницу.

Литература:

1. Макаров, О.В. Преэклампсия и хроническая артериальная гипертензия. Клинические аспекты / О.В. Макаров, О.Н. Ткачева, Е.В. Волкова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010.

УДК 616.24-002-036.1-053.31

ФАКТОРЫ РИСКА ОСТРОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Рябова Т.М., Жукова Л.И.

УО «Витебский государственный медицинский университет»,

Введение. Разработка объективных методов прогнозирования развития бронхолегочных заболеваний с учетом модифицирующих факторов риска оказывается весьма актуальной.

Цель. Определение по данным клинико-anamnestического обследования факторов риска развития острых пневмоний у детей первого года жизни.

Материал и методы. Клиническое динамическое наблюдение осуществлялось за 121 ребенком в возрасте от 1 до 6 месяцев, находившимися на лечении в отделении интенсивной терапии и реанимации, в детском инфекционном боксированном отделении УЗ «ВОДКЦ». Средний возраст больных составил $2,6\pm 1,27$ месяцев. Мальчиков было 74 (средний возраст – $2,6\pm 1,35$ месяцев), девочек – 47 (средний возраст – $2,5\pm 1,14$ месяцев).

Обследованные нами дети были разделены на две группы. Первую группу составили 73 ребенка с типичными клиническими проявлениями острой внегоспитальной пневмонии, вторую группу – 48 детей с атипичным течением заболевания.

В качестве контроля обследовано 50 практически здоровых детей в возрасте от 1 до 6 месяцев (средний возраст $2,5\pm 1,14$ месяцев), которые не болели острыми заболеваниями нижних дыхательных путей. Обработку данных, статистический анализ производили с помощью пакета статистических программ STATISTICA 6.0. Достоверность отличий оценена методом кросстабуляции (2×2) с помощью точного критерия Фишера двустороннего.

Результаты и обсуждение. Клинико-anamnestическое обследование проводили по общепринятым правилам. Особое внимание уделяли наличию модифицирующих факторов заболевания. Анализируя анамнез, мы выявляли ряд эндогенных факторов, неблагоприятно влияющих на характер течения заболевания: отягощенный семейный анамнез по аллергическим заболеваниям и по бронхолегочной патологии, осложненное течение беременности и родов, недоношенность, патология перинатального периода (асфиксия новорожденного, церебральная ишемия, нарушение конъюгации билирубина),

аномалии конституции, рахит и другие. Данные о встречаемости экзогенных и эндогенных факторов риска представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1 – Модифицирующие экзогенные факторы риска у детей с острой пневмонией

Модифицирующие экзогенные факторы	1 группа (n=73)	2 группа (n=48)	Контрольн ая группа (n=50)	p		
	1	2	3	1-2	1-3	2-3
	Абс. число	Абс. число	Абс. число			
Неблагоприятная микросоциальная среда	23	15	0	0,990	<0,001	<0,001
Плохие квартирно-бытовые условия	25	15	0	0,854	<0,001	<0,001
Пассивное курение	27	19	0	0,861	<0,001	<0,001
Наличие хронической очаговой инфекции у членов семьи	5	13	0	0,704	0,156	0,495

Следует отметить, что в 20,9% случаев дети находились на искусственном вскармливании с рождения, в 38,8% наблюдения срок грудного вскармливания не превышал одного месяца. На момент поступления в стационар грудное вскармливание получали 27,4% детей 1-ой подгруппы и 22,9% детей 2-ой подгруппы ($p=0,837$), в отличие от детей контрольной группы, где на грудном вскармливании находилось 90% детей (p 1-3, 2-3<0,001).

Таблица 2 – Модифицирующие эндогенные факторы риска у детей с острой пневмонией

Модифицирующие эндогенные факторы	1 группа (n=73)	2 группа (n=48)	Контрольн ая группа (n=50)	p		
	1	2	3	1-2	1-3	2-3
	Абс. число	Абс. число	Абс. число			
Осложненное течение беременности	52	36	29	0,887	0,557	0,430
Осложненное течение родов	33	20	5	0,867	0,002	0,007
Недоношенность	18	8	3	0,506	0,026	0,204
Патология перинатального периода	28	19	7	0,990	0,029	0,045
Аномалии конституции	4	6	0	0,317	0,153	0,028
Гипотрофия	22	13	3	0,846	0,006	0,028
Паратрофия	8	10	0	0,213	0,024	0,002
Рахит	14	9	0	0,990	0,002	0,003
Бронхолегочные заболевания в анамнезе	14	12	0	0,661	0,002	<0,001

Вывод

Неблагоприятное влияние перинатальной патологии, раннего искусственного вскармливания, нарушений питания, рахита, предшествующих бронхолегочных заболеваний не уступает роли социально-культурных факторов, таких, как многодетность, неполная семья, недостаточная материальная обеспеченность, асоциальное поведение родителей, пассивное курение. Диагностика состояний, предшествующих возникновению бронхолегочной патологии, открывает пути предупреждения заболевания.

УДК 618.2:616-003.96

ПСИХОТИПОЛОГИЯ ГЕСТАЦИОННОЙ ДОМИНАНТЫ У БЕРЕМЕННЫХ - УЧАСТНИЦ МУЗЫКАЛЬНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ

Савицкая Т.А.,¹ Бизунков А.Б.²

ГКУ «Витебская областная филармония»¹

УО «Витебский государственный медицинский университет»²

Введение. Беременность часто сочетается с выраженным психоэмоциональным стрессом, который обусловлен страхом перед предстоящими родами, уровнем личностной тревожности, собственным отношением к беременности, степенью уверенности в поддержке микросоциального окружения [1, 2].

В связи с резким ограничением возможностей фармакотерапии у беременных, в решении проблемы перинатального стресса представляют интерес арт-терапевтические методики и, прежде всего, музыкальная терапия [3]. Однако, существуют два вопроса, которые снижают эффективность проводимых музыкально-терапевтических сессий. Во-первых, нет ясности в том, по каким характеристикам следует отбирать музыкальные композиции для достижения наиболее выраженного и устойчивого релаксирующего или антидепрессивного эффекта, во-вторых, по каким критериям формировать группы для музыкально-терапевтических интервенций, чтобы добиться их максимальной эффективности. Одной из важнейших характеристик психологического статуса беременной является психотип гестационной доминанты [4, стр. 33], поэтому для решения указанных вопросов его учет представляет несомненный интерес.

Цель работы. Установить распределение беременных – участниц музыкально-оздоровительных программ по типам психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД).

Материал и методы. Исследования проведены у 62 беременных в возрасте от 22 до 33 лет (средний возраст $27,35 \pm 7,09$ лет), жительниц г. Витебска, участниц цикла музыкально - оздоровительных программ, проводимых ГКУ «Витебская областная филармония» в 2016-2018 годах.

Сроки беременности составили от 16 до 28 недель (среднее значение $22,89 \pm 7,04$). Первая беременность отмечена у 43 обследуемых, что составило 69,3 % от численности группы, повторнородящих было 19 (30,7 %). Все обследуемые регулярно наблюдались в территориальных женских консультациях, где констатировано типичное течение беременности. Ни одна из обследуемых не обращалась за психологической или психиатрической помощью, не злоупотребляла алкоголем и не использовала психоактивных лекарственных препаратов.

Обследуемым было предложено заполнить анкету теста отношений беременной, разработанного И.В. Добряковым [5, стр. 218]. Тест состоит из 45 вопросов, объединенных в 9 разделов, которые, в свою очередь, сформированы в 3 основных блока.